



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE  
2ª EDIÇÃO – TURMA 2

**CLÁUDIO PONTES FERREIRA**

Delineamento dos Recursos Federais, repassados dentro do bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO), no ano de 2019 a 2021, para os municípios do Estado do Amazonas.

Goiânia  
2022

## **Cláudio Pontes Ferreira**

Delineamento dos Recursos Federais, repassados dentro do bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO), no ano de 2019 a 2021, para os municípios do Estado do Amazonas.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Economia da Saúde, da Universidade Federal de Goiás, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Economia da Saúde.

**Orientador(a): Fernando Gaiger Silveira**

Goiânia  
2022

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade! A Ele que sempre ilumina o meu caminho e abençoa os meus projetos.

À minha família. Danielle Souza de Araújo Pontes, minha esposa, incansável companheira, que sempre me dá forças e esteve presente em todos os momentos. A ela minha admiração, em especial por todo o amor e zelo dedicados aos nossos maiores bens, João Pedro de Araújo Pontes e Lucca Cardoso Araújo Pontes, nossos filhos.

A toda minha família, em especial minha mãe, Maria da Penha Pontes Filha, por ter papel importante na minha vida. Aos meus irmãos, Claudson Pontes e Silva e Claudia Gianini Pontes e demais familiares.

Aos meus colegas de curso, profissionais de diversas formações, com quem aprendi muito e trouxeram alegria nesta jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Especialização em Economia da Saúde da Universidade Federal de Goiás. A Coordenação do Curso, aos tutores, técnicos e aos professores do programa, que tanto nos ensinaram e compartilharam dos seus conhecimentos.

Agradeço ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas – AM e a todos os funcionários desta Instituição, que de alguma forma, sempre me auxiliaram e apoiaram no meu desenvolvimento ao longo dos anos.

Por fim, ao Ministério da Saúde pelo suporte e financiamento deste Curso de Especialização.

## EPÍGRAFE

*Lembre da minha ordem: Seja forte e corajoso, porque eu, o Senhor, o seu Deus, estarei com você em qualquer lugar para onde você for!*

**Josué1:9**

## RESUMO

Trata-se de um estudo dentro da Economia da Saúde, com foco no Financiamento das ações e serviços de saúde. A pesquisa foi baseada em dados secundários, tendo como principal fonte de informações as contidas no Fundo Nacional de Saúde – FNS. O objetivo deste trabalho é identificar, avaliar e descrever os repasses federais aos municípios do Amazonas, dentro do bloco custeio de manutenção das ações e serviços públicos em saúde, no período de 2019 a 2021. Quanto ao método, foi um estudo exploratório, sendo utilizados dados públicos, com delineamento da análise econômica, apresentado de forma descritiva, considerando o financiamento das ações e serviços de saúde. Como resultados e discussão, podemos descrever os valores recebidos dentro do bloco de manutenção os quais tiveram um aumento de 53,88% em 2020, comparando com ano de 2019. Já em relação de 2021, temos um aumento somente de 0,23% em comparação ao ano anterior. Concluímos que o presente estudo possibilitou verificar o repasse antes e durante a pandemia, observando um aumento significativo dos valores recebidos durante o ano pandêmico. Ademais, visualizamos também um aumento expressivo dos recursos de emendas parlamentares para o bloco de manutenção, no ano de 2020 e 2021 aos municípios amazonenses.

**Palavras-chave:** Economia da Saúde, Saúde Pública, Financiamento da Assistência à Saúde.

## **ABSTRACT**

*This is a study within the Health Economics, focusing on the Financing of health actions and services. The research was based on secondary data, with the main source of information contained in the National Health Fund - FNS. The objective of this work is to identify, evaluate and describe the federal transfers to the municipalities of Amazonas, within the costing block of maintenance of public health actions and services, from 2019 to 2021. As for the method, it was an exploratory study, using public data, with an economic analysis design, presented in a descriptive way, considering the financing of health actions and services. As results and discussion, we can describe the amounts received within the maintenance block, which had an increase of 53.88% in 2020, compared to 2019. In relation to 2021, we have an increase of only 0.23% in compared to the previous year. We conclude that the present study made it possible to verify the transfer before and during the pandemic, observing a significant increase in the amounts received during the pandemic year. In addition, we also see a significant increase in the resources of parliamentary amendments for the maintenance block, in the year 2020 and 2021 to the municipalities of Amazonas.*

**Keywords:** *Health Economics, Public Health, Health Care Financing.*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
1.1 Financiamento do SUS.....	4
1.2 Financiamento do SUS em Tempo de Pandemia do COVID 19.....	9
1.3 Blocos de Financiamento do SUS .....	11
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral .....	14
2.2 Objetivos específicos .....	14
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os repasses fundo a fundo para saúde, incluindo os programas e as emendas parlamentares, são assuntos que figura no debate nacional. Este presente estudo tem o objetivo de descrever os repasses federais dentro do bloco de manutenção do custeio. Neste sentido o tema escolhido enquadra-se no âmbito da Economia da Saúde, com foco no Financiamento das ações e serviços de saúde, onde se observa uma lacuna ainda pouca explorada pelos pesquisadores da região Norte.

Com essa exploração limitada que inclui política, planejamento e gestão, pretendemos preencher esse hiato, propondo desenvolver esse estudo com ênfase no repasse do Ministério da Saúde, antes e durante a pandemia do novo corona vírus.

A discursão desse estudo visa descrever o financiamento, pois a transferência de recursos ocupa um lugar central no processo das políticas, levando em consideração que é neste espaço que se define e induz a política. (KORNIS *et al*, 2011). O estudo busca compreender a totalidade dos recursos repassados antes e durante a pandemia, para a manutenção das atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, considerando entre outras, a Atenção Primária, Vigilância em Saúde e a Alta e Média Complexidade.

O estudo tem a função de iniciar um processo exploratório acerca dos recursos repassados, para criar uma base para novas pesquisas que despontem posteriormente, sobretudo para pesquisas de Economia da Saúde que planejem estudar a eficiência das Ações e serviços de saúde.

Esse estudo tem como público alvo pesquisadores que precisam de dados financeiros para tentar compreender se esses valores tiveram impactos ou não. A saber, na mortalidade de pessoas pelo novo corona vírus. Discussão altamente sensível, levando em consideração que todos estavam despreparados para uma pandemia dessa magnitude.

Podemos observar que cada vez mais a literatura vem avançando no que se refere à estudos sobre avaliação econômica. Esse ramo da economia passou a fazer parte do dia a dia dos gestores, pois cada vez mais eles precisam de



informações seguras para tomar decisões, levando em consideração as limitações orçamentárias (SILVA *et al.* 2016).

Deste modo, o que instigou a realização deste trabalho foi pesquisar e descrever esses recursos repassados aos municípios amazonenses, entender se houve incremento financeiro complementar, sobretudo durante a pandemia e apresentar dados necessários para compreensão e posterior discussão deste contexto. Por esse motivo, justifica-se a relevância de estudar esses dados, representando numericamente e graficamente a forma de distribuição dos recursos dentro do bloco de custeio.

### **1.1 Financiamento do SUS**

Revisando o histórico do SUS acerca do financiamento, antes de 1988, a saúde não era um direito de todos, sendo cada indivíduo responsável pela sua saúde. As poucas políticas que existiam eram restritas e destinadas a grupos específicos, sendo que o sistema público atendia aos que contribuíam para a Previdência Social. Quem não tinha recursos financeiros dependia da caridade e de instituições filantrópicas.

A busca por um financiamento justo vem desde o processo de reforma sanitária Brasileira, protagonizado pelos militantes do SUS, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde; suas lutas e conquistas colocam a saúde como um direito de todos os cidadãos, o qual foi inicialmente garantido dentro da Constituição Federal de 1988. Desde então, diferentes políticas, programas, modelos de financiamento foram criados em busca de um melhor conjunto de ações, a fim de viabilizar esses direitos garantidos na CF/88 (MARQUES; MENDES, 2007).

Paiva (2014) sustenta que foi a partir da Constituição Federal de 1988, posteriormente complementadas pelas leis 8080/90 e 8142/90, que se teve um marco claro do financiamento do SUS no Brasil. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O regime democrático busca implementar um estado de bem-estar social. A nova Constituição cria um sistema público, universal e descentralizado. Foi uma luta dos sanitaristas pela equidade e do controle social para garantir a participação da sociedade civil no Sistema Único de Saúde – SUS.

Decorrente de mais de 30 anos de implementação do SUS, tivemos vários tentativas e modelos de financiamento do sistema de saúde, tivemos tentativas de modelos centralizadas e descentralizados, pagamento por produção como pagamento per capita.

Preuss (2018) descreve alguns desses processos de financiamento:

O conceito de gestão em saúde contempla questões de criação e de utilização de meios para concretizar os princípios de organização desta política. Nesse sentido, com a criação do SUS, o Ministério da Saúde assume a área e, para superar as lacunas constitucionais, edita as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Por exemplo, a NOB 91 explicita o processo de municipalização (BRASIL, 1991); a NOB 93 caracterizou-se pela luta quanto ao financiamento do sistema (BRASIL, 1993); e a NOB 96 criou os diversos níveis de gestão (BRASIL, 1996). As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) foram responsáveis pela introdução das ferramentas de planejamento e programação em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). E, por fim, em 2006 é formulado o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores - União, Estados e Municípios, em três dimensões, pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão para Consolidação do SUS (BRASIL, 2006b, 2006c).

Neste mesmo contexto histórico, Preuss (2018) descreve a criação do bloco de Gestão, iniciativa pioneira que teve como intuito a organização do sistema de saúde que contou, a partir desta criação, com um financiamento exclusivo destinado a custeio das ações para *“organização do sistema de saúde: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e implementação de políticas específicas.”*

Harzheim *et al* (2020) retrata que nos anos de 2000 o SUS foi marcado por novas mudanças no financiamento, com destaque para atenção básica onde foi instituído as normas operacionais da assistência a saúde (NOAS-SUS), foi neste período que inicia a gestão plena da atenção básica, depois veio o PABA – Piso da Atenção Básica Ampliado.

Em uma nova tentativa de regulamentação de financiamento, tivemos a aprovação da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29), de 13 de setembro de 2000,

que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. “A EC-29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.” CAMPELI e CALVO, 2007)

Após 12 anos, a EC/29 foi regulamentada em 2012, com a promulgação da Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Essa regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabeleceu, assim, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.(BRASIL, 2012)

No caso do Governo Federal, foi mantido o cálculo anterior da participação da União (valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB), não tendo sido aprovada a introdução de um percentual de 10% sobre a Receita Corrente Bruta – RCB, defendida por instâncias do SUS (BRASIL, 2012)

Ademais, sempre na busca de recursos para financiamento, tivemos no SUS a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela Lei nº 9.311/1996, com vigência entre 1997 e 2007, que tinha como finalidade financiar ações da saúde.

Mendes *et al* (2016) acresce que essa busca por um modelo de financiamento para amenizar as crises, em 1996 o governo federal apresenta um novo tributo, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), onde inicialmente toda arrecadação deveria ser incorporada ao Fundo Nacional de Saúde, sendo exclusiva para ações de saúde. A lei 9.311 de 24 de outubro de 1996 no decorrente do tempo, sofreu prorrogações, deixou de ser exclusiva para saúde até o fim de sua vigência em dezembro de 2007.

Paim (2011) descreve que o financiamento do sistema de saúde brasileiro “é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde”. Complementa que tem como fontes as receitas de empresas públicas ou

sociedades de economia mista e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal.

Já o subfinanciamento, tema presente nos debates políticos no Brasil, norteia a discursão pontuando que o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados para o sistema público. Demonstrando a baixa proporção do gasto público no PIB frente a outros países com sistemas de caráter universal (FIGUEIREDO *et al*, 2018).

A sociedade assistiu frequentes embates sobre o financiamento do SUS. Mas, somente a partir da Constituição Federal de 1988, ficou assegurado o direito à saúde pública, por meio do capítulo específico da Seguridade Social, consolidando a saúde, a previdência e a assistência social. (MARQUES *et al*, 2005).

Mendes (2013) contribui com a discursão relatando que os recursos públicos envolvidos sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, citando dados de 2011, onde o gasto em saúde da união, estados e municípios foram de 3,84% do produto interno bruto, comparando com sistemas universais dos países europeus que foi de 8,3% do PIB, demonstrando a fragilidade do financiamento do SUS.

Pinto (2018) delinea uma redução progressiva do financiamento federal, demonstrando uma desresponsabilização do ente federativo com maior poder de arrecadação. Paralelamente, cita uma crise dos Estados em termos de arrecadação de imposto, mantendo o gasto com a saúde quase inalterada durante décadas, e o aumento já bem acima do piso constitucional por parte dos municípios.

Servo (2021) demonstra dados do SIOPS (Brasil):

Entre 2004 e 2019, houve aumento da participação dos municípios no financiamento (de 24,8% para 31,4%) e redução da participação da União (de 49,1% para 42,1%). A participação dos estados manteve-se no patamar de 26%.

Marques e Mendes (2005) evidenciam que ao longo do tempo os municípios vêm aumentando progressivamente o mínimo constitucional, dados do SIOPS demonstram, que em 2001 o percentual foi de 14,71%, passando para 15,97% em 2002 e 17,58% em 2003 das receitas de impostos e transferências constitucionais.

O “golpe” no SUS veio com as Emendas Constitucionais 86/2015 e 95/2016. A Emenda Constitucional 95, mais conhecida como a “PEC da Morte”, altera o

regime fiscal e tem como consequência o congelamento dos recursos por 20 anos, na área de saúde e educação.

#### Para Funcia (2019)

A EC 86 e a EC 95 introduziram dispositivos com efeitos negativos para o planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS: a primeira estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da Receita Corrente Líquida como parte das despesas que são computadas para o piso federal; e a segunda retira recursos orçamentários a partir de 2018 (baseado no piso federal referente ao valor apurado em 2017) e financeiros do SUS a partir de 2017 (baseado no “teto” global de despesas primárias pagas em 2016), ambos atualizados pela variação anual do IPCA/ IBGE até 2036, mesmo que ocorra crescimento da receita – o que implicará na redução dessas despesas em termos per capita como decorrência do crescimento populacional no mesmo período.

No mesmo artigo, Funcia (2019) demonstra:

“... a participação da União no processo de financiamento do SUS foi reduzida de 73% para 43% no período 1991-2017, compensada pelo aumento da alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (que cresceu 2,5 vezes nesse período – de 12% para 31%).”

Não há um consenso quando se fala qual é o nível de financiamento mais adequado. Essas questões ficaram visíveis no momento da crise gerada pelo corona vírus. Como se não bastasse, o financiamento da saúde no Brasil é assumido de forma desigual pelos governos e pela sociedade. (SERVO et al,2021).

Dados demonstram que cada vez mais a participação da União no financiamento vem decrescendo. Dados apresentados por Crozatti (2020) mostrou essa redução do financiamento federal, passando de 60% em 2002 até próximo à 44% em 2011. Neste mesmo intervalo de tempo, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto os municípios crescerem sua participação de 21,7% para 29,6%.

Dessa forma, podemos comprovar que cada vez mais o ente mais “fraco” é o município, pois grande parte não possui fontes de receitas próprias, depende diretamente de recursos estaduais e federais; e são os que mais aumentaram sua participação no financiamento do SUS.

## 1.2 Financiamento do SUS em Tempo de Pandemia do COVID 19

Antes da pandemia, sempre se observou as divergências entre os entes sobre o financiamento do SUS, inclusive edição de portarias sem anuência tripartite, causando desconforto e retaliações como não adesão as portarias editadas.

Neste contexto problemático de financiamento, tivemos no final de 2019 o início de uma pandemia mundial. O ano de 2020 foi marcado na história mundial, pelo surgimento de um novo coronavírus, agora mais letal, proveniente de uma província chinesa, que rapidamente se espalhou pelo mundo. No Brasil, oficialmente o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020. Em meados deste mesmo ano, já eram mais de 1 milhão de casos oficialmente confirmados. (SERVO et al, 2021).

Dados divulgados pela OMS, demonstram que 81% dos casos são considerados leves e sem complicações, sem necessidade de internações, 14% dos pacientes precisam de internações hospitalares, necessitando de cuidados de média complexidade, e os casos mais graves, que evoluem para internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), representam 5% dos casos (SILVA, 2020).

Satomi (2020) relata que as pandemias virais apresentam diversas ameaças aos sistemas de saúde, ocasionando desequilíbrio aos sistemas de saúde, pois deflagra demandas extraordinárias, colapsando o sistema de atendimento, além de desgaste físico e emocional dos profissionais.

Diante da pandemia de COVID-19 várias questões vieram à tona. Primeiro que ninguém estava preparado para uma pandemia dessa magnitude. Falta de leitos hospitalares, falta de vigilância nos territórios, fragilidade da atenção básica em se organizar para enfrentar o problema, mão de obra fadigada de tanto trabalho e questões sobre o financiamento, colocando diretamente o governo federal como principal financiador deste cenário.

Estudos pontuados por Servo *et al* (2021) demonstram a importância de respostas rápidas, principalmente as que versam sobre proteção as empresas e aos cidadãos, além de ampliação das testagem e capacidade do sistema para enfrentar a pandemia. Neste cenário o financiamento apresenta sem sombra de dúvidas uns

dos principais entres, seja por fragilidades estruturais ou pela burocracia da legislação. DWECK *et al* (2021)

No Brasil, como em diversos países, foram criadas medidas recomendadas pelas instâncias sanitárias: isolamento social, uso de mascarar, fechamento parcial de estabelecimentos comerciais, até o fechamento total, chamado o *lockdown*.

Uma das primeiras medidas adotados pelo Governo Federal foi a edição da Medida Provisória 924, de 13 de março de 2020; não tratou-se de recurso financeiro novo, mas de um remanejamento de recurso em favor dos Ministérios da Educação e Saúde. A partir de abril do mesmo ano, sai a primeira portaria contendo crédito extraordinário, da ordem de R\$ 9,4 bilhões. (SERVO, 2020)

Fernandes e Pereira (2020) sobre os recursos de combate à COVID-19:

Ate meados de junho, sete medidas provisórias haviam sido publicadas, abrindo credito extraordinário em favor do MS para enfrentamento da pandemia da COVID-19, totalizando 38,96 bilhões. Parte deste recurso tem como origem o remanejamento interno do próprio orçamento da pasta, dado que, em 2020, o total de recursos disponíveis do ministério foi de 172,3 bilhões, um valor 21,95% superior a dotação inicial (134,7 bilhões) e equivalente a 20,12% da dotação atualizada do ano anterior.

Nesta pandemia ficou evidente a falta de planejamento frente à pressão para salvar vidas. A busca continuada para a organização dos serviços de saúde frente a escassez de recursos. Com o colapso do sistema, os custeios das ações tiveram aumento significativo; insumos básicos como luvas, máscaras e outros EPI's triplicaram de preço.

Fernandes e Pereira (2020) analisaram os créditos extraordinários abertos, com destaque para cancelamento a emendas parlamentares individuais que juntas somaram R\$4,8 bilhões que seriam destinados ao Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (R\$ 1,63 bilhões) e ao Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde (R\$ 3,16 bilhões).

Ademais, a partir de julho varias outras medidas provisórias foram publicadas para apoio ao financiamento das ações de enfrentamento do COVID-19, criando até um Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Publica de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus. Os recursos foram enviados dentro do Bloco de Manutenção, identificados por um grupo

específico para acompanhamento destes repasses: COVID-19. (FERNANDES E PEREIRA, 2020).

Neste período pandêmico vale ressaltar o aumento das emendas parlamentares destinadas as ações de enfrentamento dentro do novo Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500.

### 1.3 Blocos de Financiamento do SUS

Com a edição da Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que por muito tempo era umas das principais leis que versava sobre financiamento do SUS. A portaria regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. (BRASIL, 2007).

A portaria destaca a responsabilidade tripartite, com as responsabilidades dos três entes: municipal, estadual e federal. Os recursos Federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Esta nova estrutura vinculava o recurso a cada bloco, ações vinculadas e seus respectivos componentes e limites financeiros, não permitindo remanejamento de recursos entre os blocos.

A portaria 204/2007 no seu Art. 4, estabelece 6 (seis) blocos de financiamento:

*“ Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:  
I - Atenção Básica  
II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;  
III - Vigilância em Saúde;  
IV - Assistência Farmacêutica; e  
V - Gestão do SUS.  
VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 837 de 23.04.2009)”*

Certamente a legislação controlava a execução dos blocos, de maneira que impedia sua utilização de recursos entre blocos, ou seja, o recurso era “carimbado” dentro de cada “caixinha”.

Para Mendes (2018):

Não se pode negar que o modelo significou um avanço, já que diminuiu, mesmo que parcialmente, a lógica das “caixinhas”, que eram repasses financeiros ‘carimbados’ conforme políticas definidas



pelo Ministério da Saúde. Isso constituiu uma diminuição no excesso de repasses, que anteriormente poderia chegar a 320, para apenas seis.

Apesar do avanço, esse modelo sempre foi questionado principalmente pelos gestores municipais que podiam ser punidos, mesmo numa situação de emergência pública, utilizasse o recurso de um bloco para priorizar ações de outro.

O modelo com 2 (dois) blocos surgiu com a edição pelo governo federal da Portaria GM/MS nº 3.992, de dezembro de 2017, na qual dispunha a desburocratização e conseqüentemente flexibilização das transferências dos recursos federais para as ações e serviços públicos em saúde.

Portanto, a principal mudança foi a extinção dos antigos 6 blocos de financiamento, dando lugar a apenas dois blocos, como dispõe seu artigo 3º:

“Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

**I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e**  
**II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.”**

O Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde os recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis, pois tratam-se de ações continuadas, já o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde os recursos destinados à estruturação e à ampliação da oferta de ações e serviços públicos de saúde (obras e equipamentos, reformas e ações de caráter específico).

A nova portaria Nº 3.992/2017, alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

Dessa forma, gestores municipais retomaram parte de sua autonomia ao recuperar essa desvinculação financeira e, com isso, a possibilidade de qualificar a

gestão com base na percepção das necessidades. Essas alterações foram ao encontro da Lei Complementar nº 141, de 13 janeiro de 2012, que busca transparência para os critérios de rateio entre os entes federados ao incluir critérios socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos, espaciais e capacidade de oferta de serviços.

Este novo rearranjo, mais flexível, atendia o anseios dos gestores municipais, visto que podiam gastar conforme suas reais necessidades em caso de emergência, sem sofrer penalidades, desde que no decorrer do ano poderia reajustar o orçamento para cumprimento da programação anual de saúde.

Essa forma de transferência de recurso Fundo a Fundo se mostrou um instrumento eficiente, garantindo a descentralização das ações de saúde. A flexibilização não enfraqueceu as diretrizes e ações de saúde, pois a partir deste processo, os planos municipais de saúde passaram a ser mais valorizados e cobrados pelos órgãos de controle.

Por conseguinte veio a Portaria 828, de 17 de abril de 2020, que alterou Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os grupos de identificação transferências federais de recursos da saúde:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

**I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e**

**II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.**

Por fim, em 2019 foi criado o programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que criou um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, alterando a forma de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

O objetivo deste trabalho é descrever e discutir os repasses federais associados ao Bloco de Manutenção das ações e serviços públicos em saúde aos municípios do Estado do Amazonas no período de 2019 a 2021.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever os valores federais repassados por municípios do Amazonas no período de 2019 a 2021;
- b) Discutir os recursos dentro de suas ações programáticas e os recursos provenientes de emendas parlamentares.

### 3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, sendo utilizados dados públicos, sob a perspectiva do Sistema único de Saúde/Fundo Nacional de Saúde, com foco nos municípios do Estado do Amazonas.

A pesquisa foi baseada em dados secundários, tendo como principal fonte de informações as do Fundo Nacional de Saúde – FNS, e caso seja necessário, outros sistemas como: painel CONASEMS sobre emenda parlamentar e Portal da Transparência do Governo Federal.

Estabeleceu-se o período de 3 anos, sendo de janeiro de 2019 a dezembro de 2021, sendo o considerado o ano de 2020 e 2021 período pandêmico devido o novo corona vírus.

Os dados coletados dos 62 municípios foram sistematizados por municípios, em Tabelas e Gráficos, com o uso do software Microsoft Excel.

A primeira parte do trabalho foi dedicada à coleta dos dados secundários, diretamente no sistema oficial do Ministério da Saúde (<https://portalfns.saude.gov.br/>), levantando os dados repassados dentro do bloco custeio.

Na segunda parte do trabalho organizamos os dados coletados em planilha software Microsoft Office Excel; após análise descritiva, iremos criar tabelas demonstrativas e gráficos para melhor visualização dos dados coletados.

Finalizamos a terceira parte, descrevemos os dados coletados dentro do bloco custeio (Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS), comparando dados, identificando onde foram os maiores investimentos, detalhando as emendas parlamentares e recursos para ações de combate ao COVID, ou seja, possibilitando uma visão de antes do ano pandêmico, a saber, o ano de 2020.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, os valores repassados aos municípios seguem as normativas da Portaria GM/MS Nº828/2020, que foi precedida da Portaria GM/MS nº3.992/2017. A nova norma aprimora os mecanismos de monitoramento e transparência dos recursos federais transferidos para financiamentos de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, além de conter recomendações do Acórdão nº 847/2019 - TCU – Plenário.

Quadro 1: Grupos de Identificação das Transferências federais para saúde.

Portaria GM/MS nº3.992/2017	Portaria GM/MS nº 828/2020
Bloco de Custeio das ações e Serviços	Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde
Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Quadro 02: Repasses totais por ações dentro do bloco Manutenção de Custeio ano de 2019

FNS 2019			
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)			
	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 33.678.678,49	R\$ 0,00	R\$ 33.678.678,49
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA - MAC	R\$ 765.866.446,86	R\$ 32.750.942,91	R\$ 733.115.503,95
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 640.651.494,32	R\$ 0,00	R\$ 640.651.494,32
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 125.709,59	R\$ 0,00	R\$ 125.709,59
GESTÃO DO SUS	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 91.331.356,34	R\$ 0,00	R\$ 91.331.356,34
	<b>R\$ 1.531.653.685,60</b>	<b>R\$ 32.750.942,91</b>	<b>R\$ 1.498.902.742,69</b>

Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)			
	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 14.049.606,08	R\$ 0,00	R\$ 14.049.606,08
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 43.406.509,86	R\$ 0,00	R\$ 43.406.509,86
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	<b>R\$ 57.456.115,94</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 57.456.115,94</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde

Valores atualizados no site do Banco Central - **Dados básicos da correção pelo IPCA (IBGE)**

Data inicial: 12/2019 e Data final: 07/2022 / Índice de correção no período: 1,2190537

<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPublico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores&aba=1>

Quadro 03: Repasses totais por ações dentro do bloco Manutenção de Custeio ano de 2020

<b>Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)</b>			
	<b>Valor Total Bruto</b>	<b>Valor Desconto</b>	<b>Valor Líquido</b>
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 33.982.787,70	R\$ 0,00	R\$ 33.982.787,70
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA - MAC	R\$ 736.528.966,51	R\$ 30.031.655,10	R\$ 706.497.311,41
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 665.372.516,86	R\$ 0,00	R\$ 665.372.516,86
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 720.099.796,74	R\$ 3.029.853,35	R\$ 717.069.943,39
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
GESTÃO DO SUS	R\$ 818.069,84	R\$ 0,00	R\$ 818.069,84
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 87.508.955,15	R\$ 0,00	R\$ 87.508.955,15
	<b>R\$ 2.244.311.092,80</b>	<b>R\$ 33.061.508,45</b>	<b>R\$ 2.211.249.584,35</b>

<b>Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)</b>			
	<b>Valor Total Bruto</b>	<b>Valor Desconto</b>	<b>Valor Líquido</b>
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 7.407.771,99	R\$ 0,00	R\$ 7.407.771,99
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 20.353.203,64	R\$ 0,00	R\$ 20.353.203,64
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 1.050.373,00	R\$ 0,00	R\$ 1.050.373,00
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 40.055.699,35	R\$ 0,00	R\$ 40.055.699,35
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 4.119.828,93	R\$ 0,00	R\$ 4.119.828,93
	<b>R\$ 72.986.876,91</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 72.986.876,91</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde

Valores atualizados no site do Banco Central - **Dados básicos da correção pelo IPCA (IBGE)**

Data inicial: 12/2020 e Data final: 07/2022 / Índice de correção no período: 1,1686712

Quadro 04: Repasses totais por ações dentro do bloco Manutenção de Custeio ano de 2021

<b>FNS 2021</b>			
<b>Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)</b>			
	<b>Valor Total Bruto</b>	<b>Valor Desconto</b>	<b>Valor Líquido</b>
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 28.842.257,12	R\$ 0,00	R\$ 28.842.257,12
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA - MAC	R\$ 865.160.847,41	R\$ 32.395.751,78	R\$ 832.765.095,64
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 856.432.107,31	R\$ 0,00	R\$ 856.432.107,31
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 197.934.159,51	R\$ 0,00	R\$ 197.934.159,51
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
GESTÃO DO SUS	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 85.457.838,07	R\$ 0,00	R\$ 85.457.838,07
	<b>R\$ 2.033.827.209,42</b>	<b>R\$ 32.395.751,78</b>	<b>R\$ 2.001.431.457,64</b>

<b>Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)</b>			
	<b>Valor Total Bruto</b>	<b>Valor Desconto</b>	<b>Valor Líquido</b>
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 12.547.099,97	R\$ 0,00	R\$ 12.547.099,97
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 15.202.690,92	R\$ 0,00	R\$ 15.202.690,92
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 1.319.099,97	R\$ 0,00	R\$ 1.319.099,97
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	<b>R\$ 29.068.890,86</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 29.068.890,86</b>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde

Valores atualizados no site do Banco Central - **Dados básicos da correção pelo IPCA (IBGE)**

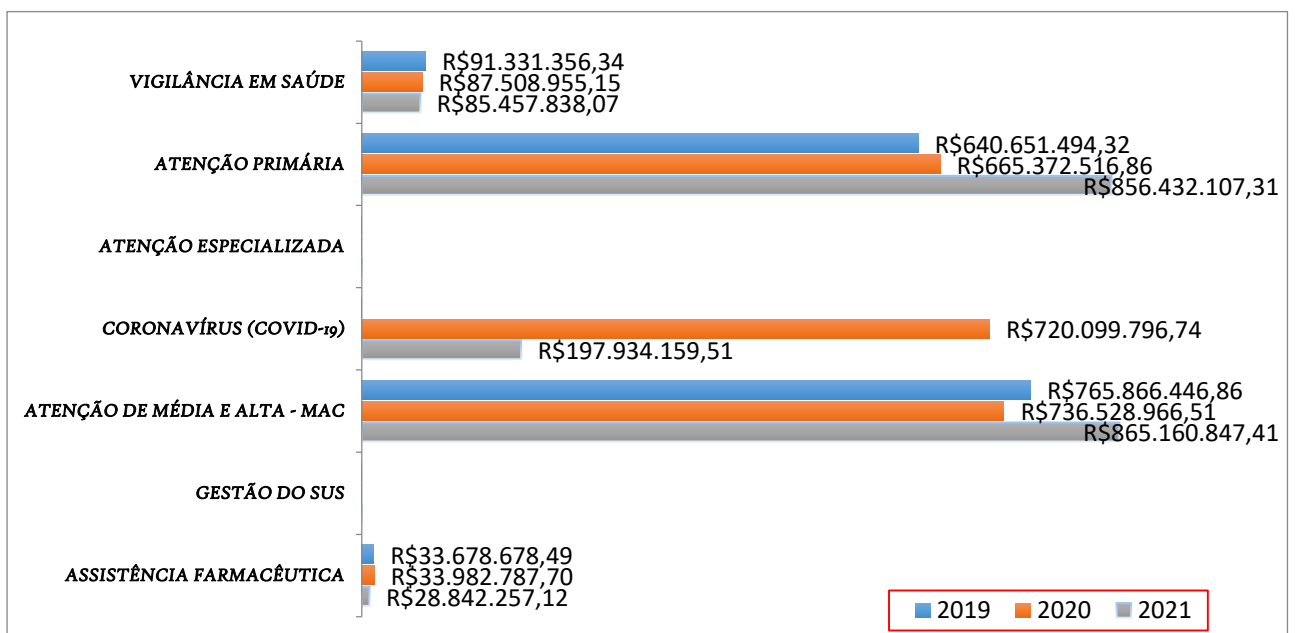
Data inicial: 12/2021 e Data final: 07/2022 - Índice de correção no período: 1,0553433

É evidente que desde a criação do SUS, tivemos uma tendência de aumento das despesas com saúde, principalmente com edição da Emenda Constitucional nº 29, a qual estabeleceu um investimento tripartite no setor de saúde, garantindo assim os recursos mínimos para as ações e serviços de saúde. O repasse passou a ser fundo a fundo, garantindo autonomia aos municípios na gestão dos recursos financeiros (NOBREGA, 2010).

A primeira informação possível a partir dos dados tabulados deste estudo refere-se aos montantes recebidos por cada bloco, Bloco de Manutenção das Ações (Custeio) e Bloco de Estruturação da Rede (Investimento). Estes dados agregados estão nos Quadros 02, 03 e 04, referente respectivamente aos anos de 2019, 2020 e 2021. Os dados demonstram um crescimento de 46,53% no recurso do bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO) em 2020, comparando 2019. Considerando o mesmo período acima, temos um aumento de 27,03% no bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO).

Podemos relacionar este aumento com a descentralização dos recursos para combate ao COVID-19, cada município recebeu conforme estabelecido nas portarias editadas dentro do período estudado. Os recursos extraordinários foram alocados para financiar ações de controle e combate a pandemia, sendo seus principais gastos com profissionais da saúde, compra de equipamentos, compra de insumos, compra de EPI's, sempre respeitando a normatização dos blocos.

Gráfico 01: Repasses totais por bloco Fundo aos municípios do Estado do Amazonas



Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

O padrão de alocação de recurso aos municípios do Amazonas praticamente se manteve dentro das ações de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica durante o período estudado, mesmo considerando o ano pandêmico de 2020 e 2021. Já no contexto da pandemia, observamos uma alocação para o financiamento federal das ações e serviços de saúde na ação orçamentária 21C0, criada para execução dos recursos para enfrentamento da Covid-19.

A alocação dos recursos nas duas principais ações de saúde que são Atenção Primária e Atenção de Média e Alta Complexidade se manteve entre os anos de 2019 e 2020, mas em 2021 houve um aumento significativo, ao mesmo tempo em que observamos uma alta redução na alocação dos recursos para enfrentamento da Covid-19 no mesmo ano.

Quadro 05: Percentuais dos valores repassados dentro do Bloco de Manutenção (Custeio)

	2019	2020	%	2021	%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 33.678.678,49	R\$ 33.982.787,70	0,90%	R\$ 28.842.257,12	-15,13%
GESTÃO DO SUS	R\$ -	R\$ 818.069,84	100,00%	R\$ -	0,00%
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA - MAC	R\$ 765.866.446,86	R\$ 736.528.966,51	-3,83%	R\$ 865.160.847,41	17,46%
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ -	R\$ 720.099.796,74	100,00%	R\$ 197.934.159,51	-72,51%
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 125.709,59	R\$ -	0,00%	R\$ -	0,00%
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 640.651.494,32	R\$ 665.372.516,86	3,86%	R\$ 856.432.107,31	28,71%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 91.331.356,34	R\$ 87.508.955,15	-4,19%	R\$ 85.457.838,07	-2,34%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

No presente estudo fica evidente o padrão de alocação dos repasses federais no ano de 2020, com maior disponibilidade financeira para ação de combate ao COVID-19 que contribui para reforçar o estado de emergência que se encontrava o país, ampliando a capacidade de resposta dos municípios, destacando que grandes partes deste recurso foram provenientes de emenda parlamentares.



Quadro 06: Repasses totais Fundo a Fundo aos municípios do Estado do Amazonas

MUNICÍPIO	REPASSE 2019	REPASSE 2020	REPASSE 2021
ALVARAES	R\$ 6.498.477,28	R\$ 9.627.577,89	R\$ 9.782.649,19
AMATURA	R\$ 3.036.074,84	R\$ 5.390.329,58	R\$ 5.038.178,20
ANAMA	R\$ 3.788.645,78	R\$ 7.645.658,66	R\$ 8.378.121,21
ANORI	R\$ 8.667.977,43	R\$ 11.034.336,04	R\$ 13.936.981,97
APUI	R\$ 9.133.059,68	R\$ 12.696.441,88	R\$ 11.765.385,33
ATALAIA DO NORTE	R\$ 5.969.876,00	R\$ 9.890.477,28	R\$ 9.875.271,85
AUTAZES	R\$ 21.146.592,11	R\$ 30.798.770,75	R\$ 31.504.152,67
BARCELOS	R\$ 9.209.102,88	R\$ 12.971.571,23	R\$ 13.502.902,20
BARREIRINHA	R\$ 15.080.150,50	R\$ 15.448.720,02	R\$ 17.975.949,40
BENJAMIN CONSTANT	R\$ 11.701.712,27	R\$ 24.681.282,21	R\$ 18.994.218,55
BERURI	R\$ 4.900.895,66	R\$ 7.476.661,50	R\$ 7.708.749,15
BOA VISTA DO RAMOS	R\$ 8.047.763,63	R\$ 9.158.693,59	R\$ 12.910.909,67
BOCA DO ACRE	R\$ 10.330.832,53	R\$ 14.912.590,25	R\$ 17.625.764,27
BORBA	R\$ 16.003.939,35	R\$ 19.444.255,91	R\$ 17.144.366,56
CAAPIRANGA	R\$ 3.879.127,49	R\$ 13.465.653,74	R\$ 10.536.953,45
CANUTAMA	R\$ 4.419.819,19	R\$ 10.802.666,88	R\$ 8.361.000,05
CARAUARI	R\$ 9.464.527,46	R\$ 14.961.404,12	R\$ 10.869.909,22
CAREIRO	R\$ 18.551.062,98	R\$ 30.995.616,40	R\$ 23.094.488,30
CAREIRO DA VARZEA	R\$ 10.264.710,63	R\$ 18.247.698,54	R\$ 12.984.625,91
COARI	R\$ 33.224.167,02	R\$ 41.936.179,34	R\$ 37.909.743,28
CODAJAS	R\$ 8.131.860,95	R\$ 12.999.769,45	R\$ 12.281.668,61
EIRUNEPE	R\$ 12.072.068,69	R\$ 21.892.926,40	R\$ 19.517.662,33
ENVIRA	R\$ 7.108.750,37	R\$ 10.720.875,40	R\$ 8.391.056,42
FONTE BOA	R\$ 9.616.355,97	R\$ 23.787.744,54	R\$ 21.383.037,51
GUAJARA	R\$ 7.225.186,70	R\$ 10.658.639,71	R\$ 9.516.081,37
HUMAITA	R\$ 20.388.346,55	R\$ 28.123.193,97	R\$ 31.223.933,79
IPIXUNA	R\$ 8.878.223,79	R\$ 13.773.590,62	R\$ 16.559.456,79
IRANDUBA	R\$ 19.384.981,26	R\$ 29.829.523,92	R\$ 30.401.289,82
ITACOATIARA	R\$ 33.115.055,24	R\$ 45.665.575,27	R\$ 41.202.134,54
ITAMARATI	R\$ 3.361.596,04	R\$ 6.483.241,87	R\$ 7.600.004,31
ITAPIRANGA	R\$ 5.224.735,06	R\$ 7.342.698,89	R\$ 5.610.003,29
JAPURA	R\$ 5.209.214,17	R\$ 6.165.614,75	R\$ 7.858.056,30
JURUA	R\$ 4.591.515,29	R\$ 12.941.193,91	R\$ 7.963.919,36
JUTAI	R\$ 9.110.501,69	R\$ 12.301.768,19	R\$ 16.842.298,91
LABREA	R\$ 17.884.534,95	R\$ 26.866.358,24	R\$ 22.685.611,74
MANACAPURU	R\$ 46.289.475,73	R\$ 54.903.906,37	R\$ 77.158.982,41
MANAQUIRI	R\$ 6.992.611,42	R\$ 11.723.718,87	R\$ 10.305.827,19
MANAUS	R\$ 796.269.401,06	R\$ 1.117.265.127,43	R\$ 939.026.495,69
MANICORE	R\$ 12.787.607,74	R\$ 18.802.195,30	R\$ 26.442.025,28
MARAA	R\$ 7.506.571,37	R\$ 10.297.498,56	R\$ 9.016.072,15
MAUES	R\$ 24.134.980,56	R\$ 42.601.359,76	R\$ 39.876.088,04
NHAMUNDA	R\$ 9.987.977,47	R\$ 16.045.346,41	R\$ 18.224.407,70
NOVA OLINDA DO NORTE	R\$ 14.319.655,63	R\$ 17.125.692,10	R\$ 21.718.223,88
NOVO AIRAO	R\$ 5.158.611,78	R\$ 10.205.363,09	R\$ 7.735.140,89
NOVO ARIPUANA	R\$ 7.471.744,81	R\$ 10.018.222,26	R\$ 11.481.440,85
PARINTINS	R\$ 36.263.605,50	R\$ 72.501.585,36	R\$ 62.445.869,17
PAUINI	R\$ 6.186.837,30	R\$ 8.809.731,97	R\$ 9.600.458,01
PRESIDENTE FIGUEIREDO	R\$ 11.811.904,98	R\$ 16.640.527,56	R\$ 22.141.572,05
RIO PRETO DA EVA	R\$ 14.869.226,44	R\$ 25.391.670,70	R\$ 21.623.518,59
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	R\$ 5.580.916,18	R\$ 8.623.652,93	R\$ 7.218.617,34
SANTO ANTONIO DO ICA	R\$ 12.093.704,80	R\$ 24.464.787,10	R\$ 16.205.208,37
SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	R\$ 10.019.253,03	R\$ 14.510.433,92	R\$ 14.829.596,72
SAO PAULO DE OLIVENCA	R\$ 13.468.642,48	R\$ 20.379.155,71	R\$ 20.150.555,44
SAO SEBASTIAO DO UATUMA	R\$ 5.613.957,77	R\$ 7.632.380,03	R\$ 8.685.748,38
SILVES	R\$ 5.134.967,37	R\$ 6.307.293,30	R\$ 7.666.735,45
TABATINGA	R\$ 19.003.760,08	R\$ 24.427.227,51	R\$ 18.355.421,12
TAPAUA	R\$ 7.981.424,09	R\$ 18.635.806,93	R\$ 12.978.784,31
TEFE	R\$ 33.610.151,21	R\$ 40.162.822,06	R\$ 44.484.038,05
TONANTINS	R\$ 9.246.069,96	R\$ 12.509.007,43	R\$ 13.236.209,00
UARINI	R\$ 4.989.698,51	R\$ 9.218.988,56	R\$ 6.734.712,13
URUCARA	R\$ 8.698.136,65	R\$ 14.101.140,75	R\$ 10.207.031,52
URUCURITUBA	R\$ 11.541.350,24	R\$ 19.867.149,88	R\$ 17.345.894,19
TOTAL	R\$ 1.531.653.685,60	R\$ 2.244.311.092,80	R\$ 2.033.827.209,42

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

Os fluxos assistências de atenção primária e secundária tiveram maior protagonismo no ano de 2021 com um complemento de 28,71% e 17,46% respectivamente em comparação ao ano anterior, mas esses aumentos se deram através dos incrementos temporários, ou seja, das emendas parlamentares, inferindo que houve apenas um remanejamento nas indicações dos parlamentares.

Quadro 07: Quadro demonstrativo dos repasses aos municípios do AM.

	REPASSE	EMENDA PARLAMENTAR	TOTAL
2019	R\$ 1.405.048.218,71	R\$ 126.605.466,89	R\$ 1.531.653.685,60
2020	R\$ 1.855.616.801,55	R\$ 388.694.291,26	R\$ 2.244.311.092,80
2021	R\$ 1.556.535.831,26	R\$ 477.291.378,16	R\$ 2.033.827.209,42
	R\$ 4.817.200.851,51	R\$ 992.591.136,31	R\$ 5.809.791.987,82

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

O quadro 06 mostra os valores recebidos pelos municípios amazonenses. Os valores referentes às emendas parlamentares estão incluídos neste total. Estratificamos para melhor visualização, temos a cidade de Manaus com o maior repasse, equivalente a R\$ 2.852.561.024,18, devemos considerar que a metade da população reside na capital do Estado, seguindo temos o município de Manacapuru, com R\$ 178.352.364,51; Parintins, com R\$ 171.211.060,03. Por sua vez, Itapiranga, Itamarati e Amaturá, receberam respectivamente R\$18.177.437,24, R\$ 17.444.842,23 e R\$ 13.464.582,63, são as três cidades com menos recursos recebidos.

Os municípios amazonenses apresentam uma grande dependência em relação à União, pois praticamente não tem recursos próprios para complementar o custo amazônico, levando em consideração a especificidade de cada território, uma logística complicada, uma extensão territorial gigantesca e pequena densidade demográfica, trás um desafio imensurável em fazer saúde.

No tocante à distribuição dos recursos, observou-se que a forma de alocação não levou em consideração critérios populacionais, como exemplo temos os municípios como Urucurituba, com 24.098 hab/IBGE 2021 e Tapauá com 16.876

hab/IBGE 2021, receberam mais recurso que São Gabriel da Cachoeira, com 47.031 hab/IBGE 2021.

Vasselai e Mignozzetti (2014), já questionam os critérios de alocação dos recursos, que não tem uma escolha de alocação clara, que possibilite a análises das desigualdades, levando em observação a epidemiologia ou os resultados dos indicadores de saúde, ou seja, mais utilizada como moeda de troca para apoio parlamentar ao poder executivo.

Limongi e Figueiredo (1998) apontam para uma ineficiência na destinação dos recursos de emendas parlamentares, novamente cita o uso das emendas como ‘moeda de troca’ ou barganha política, pois sempre as vésperas de votações importantes no congresso, há liberação de recursos consideráveis para indicação dos parlamentares.

Quadro 08: Repasses totais de emenda parlamentares aos municípios do AM.

	EMENDA PARLAMENTAR	%
<b>2019</b>	R\$ 126.605.466,89	
<b>2020</b>	R\$ 388.694.291,26	207,01%
<b>2021</b>	R\$ 477.291.378,16	22,79%
<b>TOTAL</b>	R\$ 992.591.136,31	

TOTAIS DE EMENDAS PARLAMENTARES		
<b>2019 / 2020 / 2021</b>	R\$ 992.591.136,31	100%
INCREMENTOS	R\$ 603.165.399,64	61%
DEMAIS	R\$ 389.425.736,67	39%
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 992.591.136,31</b>	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

Baptista (2012) já sinalizava que o volume de recurso disponibilizados aos parlamentares para indicação, supera em algumas regiões, os valores dos programas oficiais, *“sugerindo uma inversão na lógica de planejamento e organização do sistema de saúde.”*

Quadro 09: Incremento Temporário do Piso de Atenção Primária (PAP) aos municípios do AM.

	INCREMENTO PAP	
<b>2019</b>	R\$ 89.839.455,84	
<b>2020</b>	R\$ 180.761.479,66	101,21%
<b>2021</b>	R\$ 260.495.724,67	44,11%
<b>TOTAL</b>	R\$ 531.096.660,17	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

Estudos realizado por Baptista et al. (2012), entre 1996 a 2006, já demonstrara a evolução dos recursos das emendas parlamentares no orçamento federal, onde as emendas no PAP subiram de 14,5% para 30,4% no período analisado. Neste mesmo estudo cita as variações dos repasses entre os municípios. *“Essa situação indica o descumprimento dos critérios de alocação de recursos ao PAB fixo previstos na Portaria no 1.602, de 9 de julho de 2011, firmada na Portaria de Consolidação no 6, de 28 de setembro de 2017.”*

Quadro 10: Incremento Temporário do Teto da Média e Alta Complexidade – MAC aos municípios do AM.

	INCREMENTO MAC	
<b>2019</b>	R\$ 12.416.761,67	
<b>2020</b>	R\$ 28.793.674,28	131,89%
<b>2021</b>	R\$ 30.858.303,52	7,17%
<b>TOTAL</b>	R\$ 72.068.739,47	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com dados do Fundo Nacional de Saúde (Atualizados pelo índice IPCA-IBGE)

Piola e Sulpino (2019), no tocante ao Incremento temporário do Teto MAC e do PAP por meio de Emendas Parlamentares, entre (2015-2018), já sinaliza uma ampliação dos repasses, tanto no incremento MAC quando do PAP. Esses recursos que se adicionam àqueles já transferidos pelo MS para o financiamento da atenção básica e da média e alta complexidade. Trata-se de recurso temporário destinado a complementar o custeio dos serviços, que tem como objetivo de melhorar o atendimento à população, incrementando o financiamento da rede própria de atendimento.

Quanto à fonte de recurso proveniente de emenda parlamentar, tivemos em 2019 um aporte de R\$126.605.466,89, seguido por R\$388.694.291,26 do ano de 2020 e R\$477.291.378,16 para ano de 2021. Percentualmente isso representou um aumento de 207,01% fazendo uma comparação direta entre os anos de 2019 e 2020, seguindo de um aumento de 22,79% comparando o ano de 2020 com 2021.

Carnut (2021) em um estudo de revisão integrativa, no período dos estudos entre 1995 a 2018, evidencia que as distribuições dos recursos federais ficam acima de 30% região sudeste e menos de 10% na região norte. Um dos motivos é a série histórica de produção de Média e Alta Complexidade (MAC), devido um parque tecnológico mais desenvolvido, novamente associando as emendas como um mecanismo político de apoio futuro.

Pode-se observar que, no ano de 2020, tivemos um crescimento significativo de recurso de emendas parlamentares. Obviamente, podemos considerar o período pandêmico do COVID 19, os recursos liberados foram para serviços da atenção primária e especializada em atendimento às demandas dos municípios.

É importante salientar que as desigualdades na distribuição dos recursos, são observadas nos dados descritos, pois municípios de pequenos portes sendo contemplados com maiores recursos, novamente não levando em considerações perfis epidemiológicos, mas sim políticos na alocação dos recursos. Como são uma alocação discricionária pelos parlamentares, podem sofrer aumentos ou decréscimos de um ano para outro.

O Quadro 8 demonstra que as emendas parlamentares referente ao incremento temporário, que representaram praticamente 60% do volume destinados aos municípios do Amazonas. Novamente temos o incremento PAP, por exemplo, não segue nenhum critérios, tanto populacionais ou epidemiológicos. A dependência dos municípios para o financiamento de ações de custeio da atenção à saúde representa uma nova fragilidade no processo de organização representativa do SUS.

Neste contexto as emendas parlamentares durante a pandemia foram de extrema importância, se considerarmos o ano de 2019, podemos observar, que dez municípios do Estado não receberam nenhum valor de emendas parlamentares, demonstrando que no ano anterior à pandemia, era visível o critério eminentemente político.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou verificar o repasse antes e durante a pandemia e o aumento dos valores recebidos decorrentes da pandemia. Ademais, visualizamos o aumento expressivo dos recursos para o bloco de manutenção, no ano de 2020 e 2021.

De forma geral, os estudos demonstraram os repasses fundo a fundo aos municípios amazonenses, a alocação dos recursos por ações dentro do bloco de manutenção do custeio, mas os resultados apontam para necessidade de uma melhor estratificação dos resultados, principalmente para diferenciar os tipos de emendas parlamentares.

As informações aqui sistematizadas demonstra a importância e o peso das emendas parlamentares para manutenção dos serviços de saúde, principalmente durante o período pandêmico, apesar do estudo demonstrar que inicialmente não houve um acréscimo de recurso novo, mas sim um remanejamento orçamentário.

Saliente-se ainda que, a escassez de estudos sobre esse tema não permita uma discussão mais aprofundado sobre os repasses, principalmente quando se trata de emendas parlamentares, que fica evidente na literatura existente, a utilização desses recursos fomentar seus os currais eleitorais dos parlamentares.

Sugere-se a realização de mais estudos econômicos, tabulando recursos financeiros com dados epidemiológicos, podendo incluir uma análise de custo-efetividade completa, na qual se examinam tanto os repasses como as consequências (desfechos) dos tratamentos de saúde. Nesse sentido, o presente estudo busca preencher, em alguma medida, uma lacuna importante no conhecimento, demonstrando os valores repassados ao bloco de manutenção dos custeios das ações em saúde no período analisado.

A defesa do SUS e a busca de um financiamento justo deve ser uma luta contínua. As reformas são necessárias, mas precisam garantir a governabilidades dos municípios e a garantia de maior participação dos repasses dos estados e da união no financiamento tripartite.

## 6 REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 2267-2279, 2012.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde... *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1-4, 16 jan. 2012.

BRASIL. LEI Nº 9.311, DE 24 DE OUTUBRO DE 1996. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria 3.992/2017 – Ministério da Saúde – Altera a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Portaria GM/MS 204/2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Portaria Nº 828, de 17 de Abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow e Calvo, Maria Cristina M.O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, n. 7 [Acessado 16 Julho 2022] , pp. 1613-1623. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>>. Epub 31 Maio 2007. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>.

CARNUT, Leonardo et al. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 467-480, 2021.

CROZATTI, Jaime et al. O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. *REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL-Universidade Federal do Rio Grande do Norte-ISSN 2176-9036*, v. 12, n. 2, p. 200-218, 2020.

DWECK, Esther; MORETTI, Bruno; DE MELO, Maria Fernanda G. Cardoso. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas<sup>4</sup>. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 595-613, 2020.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 37-47, 2018.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4405-4415, 2019.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1361-1374, 2020.

LIMONGI F, Figueiredo A. Bases do presidencialismo de coalizão. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. 1998.

KORNIS, George Edward Machado; MAIA, Leila Senna; FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. J. S. e. S. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MARQUES, Rosa Maria M.; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MARQUES, Rosa Maria M.; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde e Sociedade* [online]. 2013, v. 22, n. 4 [Acessado 15 Abril 2022], pp. 987-993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002>>. Epub 31 Jan 2014. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002>.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013.



MENDES, Aquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa; MARQUES, R. M. O SUS e seu financiamento. Marques RM, Piola SF, Roa AC, Ocké-Reis CO, Funcia FR, et al. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: ABRES, p. 139-68, 2016.

NÓBREGA CBC, Hoffmann RHS, Pereira AC, Meneghim MC. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciêns Saúde Coletiva* 2010;15 Suppl 1:1763-72.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção e Teixeira, Luiz Antonio Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2014, v. 21, n. 1 [Acessado 16 Julho 2022] , pp. 15-36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PINTO EG. Guerra fiscal de despesas na pactuação federativa do SUS: um ensaio sobre a instabilidade de regime jurídico do piso federal em saúde. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. *Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde*. Brasília, DF: Conass; 2018. p. 92-106.

PIOLA, Sérgio F.; VIEIRA, Fabiola Sulpino. As emendas parlamentares ea alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. *Texto para Discussão*, 2019.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Revista Katálysis*, v. 21, p. 324-335, 2018.

SATOMI, Erika et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. *Einstein (São Paulo)*, v. 18, 2020.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe4 [Acessado 15 Abril 2022] , pp. 114-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 114-129, 2021.

SILVA, Everton Nunes da; SILVA, Marcus Tolentino; PEREIRA, Maurício Gomes. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 205-207, 2016.

SILVA, Karla Rona da et al. Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.

VASSELAI F, Mignozzetti UG. O efeito das emendas ao orçamento no comportamento parlamentar e a dimensão temporal: velhas teses, novos testes. *DA-DOS* 2014.